

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

POUR

N^o

517

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 juillet 1899, à 1 heure

Par HENRI CAILLOUÉ

Né à Argences (Calvados), le 6 novembre 1873.

Ancien externe des hôpitaux de Paris,

Médaille de Bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA CURE SANGLANTE DES VARICES

(EXCISION DE GRANDS LAMBEAUX CUTANÉS)

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

ALBARRAN et FAURE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N^o

517

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 juillet 1899, à 1 heure

Par HENRI CAILLOUÉ

Né à Argences (Calvados), le 6 novembre 1873.

Ancien externe des hôpitaux de Paris,

Médaille de Bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA CURE SANGLANTE DES VARICES

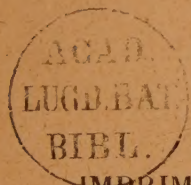
(EXCISION DE GRANDS LAMBEAUX CUTANÉS)

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

ALBARRAN et FAURE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.		BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHEL.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		N....
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LEDENTU.
		TILLIAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
		PINARD.
Agrégés en exercice.		
MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HARTMANN.	TEISSIER.
BONNAIRE.	LANGLOIS.	THIERY.
BROCA Auguste.	LAUNOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LEGUEU.	THOINOT.
CHARRIN.	LEJARS.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEPAGE.	VARNIER.
DELBET.	MARFAN.	WALLICH.
DESGREZ.	MAUCLAIRE.	WALTHER.
DUPRE.	MENETRIER.	WIDAL.
FAURE.	MERY.	WURTZ.
Chef des travaux anatomiques.....		M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BERGER

Membre de l'Académie de Médecine.

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Paris.

Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Le traitement chirurgical des varices s'est profondément modifié pendant ces dernières années grâce à l'antisepsie. La ligature de la veine ou la section simple entre deux ligatures ont été remplacées par la résection de troncs veineux plus ou moins étendus. Depuis deux ans, M. Schwartz a apporté une importante modification à ce traitement en excisant de grands lambeaux cutanés quand la peau du membre variqueux est flasque et atone. « Nous avons pensé, dit-il, remédier à cet état (l'atonie de la peau), en faisant pour la jambe ce que nous faisons pour le scrotum, en y réséquant une partie des téguments avec les varices qui leur sont sous-jacentes, de façon à constituer un véritable bas élastique naturel comprimant ou plutôt contenant les tissus sous-jacents. » La description de ce procédé opératoire fait le sujet de notre thèse que nous appuyons sur les vingt observations que M. Schwartz a bien voulu nous communiquer.

Dans la première partie de ce travail, nous étudierons les indications que comporte l'intervention sanglante, et l'état de la peau qui permet l'application de

la méthode de l'excision cutanée; nous exposerons ensuite les contre-indications de ce traitement.

Dans la seconde partie, il nous a paru utile de dire quelques mots sur les différentes méthodes de traitement et en particulier sur les modifications qu'on y a apportées depuis quelques années; nous terminons ce chapitre par l'exposé de la méthode de l'excision cutanée, comme l'applique M. Schwartz. Après avoir publié les vingt observations qui sont la base de notre thèse, nous dirons les résultats immédiats de l'opération, et, ce qui présente le plus grand intérêt, les résultats éloignés que pour un bon nombre d'opérés, nous avons pu nous-même vérifier.

Avant d'aborder l'étude de ce travail, nous tenons à rendre un public hommage à nos maîtres dans les hôpitaux, et à leur exprimer notre profonde reconnaissance pour la direction qu'ils ont donnée à nos études.

M. Schwartz nous a admis en 1896 comme externe de son service dans des circonstances que nous ne saurions oublier. Nous nous souviendrons aussi des principes de saine chirurgie qu'il nous a inculqués et des conseils qu'il nous a donnés pendant toute cette année et dernièrement encore à propos de notre thèse; nous le remercions bien sincèrement.

C'est dans le service de M. le docteur Bourcy, médecin de l'hôpital Tenon que nous avons passé notre seconde année d'externat, et nous avons pu apprécier les qualités cliniques de notre maître qui donnait à son

enseignement une tournure familière. Notre troisième année d'externat s'est passée, en partie du moins, chez M. le docteur Duguet, et nous avons apprécié quel profit l'éminent clinicien retirait, pour le plus grand bien de ses élèves, d'un service si complet et si bien organisé.

M. le docteur Boissard, accoucheur de l'hôpital Tenon, a bien voulu nous admettre dans son service pendant les six derniers mois de notre externat. C'est à son enseignement éclectique que nous devons toutes nos connaissances obstétricales ; nous saurons toujours dans notre pratique nous inspirer des sages conseils qu'il nous a donnés.

M. le docteur Rendu, médecin de l'hôpital Necker et M. le docteur Delbet qui remplaçait alors M. Nicaise à l'hôpital Laënnec, ont été nos premiers maîtres. Nous avons suivi avec le plus grand intérêt les services de M. le docteur Sevestre et de M. le docteur Comby, médecins des Enfants-Malades et de M. Bazy, chirurgien de l'hôpital Beaujon ; nous tenons à adresser à tous ces maîtres nos bien respectueux remerciements. Nous n'avons pas eu l'honneur d'être l'élève de M. le docteur Michaux, mais cet excellent maître nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance ; nous manquerions à notre devoir en n'associant pas ici son nom à ceux de nos maîtres.

M. le professeur Berger a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous tenons à lui exprimer notre vive reconnaissance et à l'assurer de notre profond respect.

CHAPITRE PREMIER

Paragraphe I^{er}

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Il y a quelques années seulement, les indications opératoires du traitement chirurgical des varices étaient fort peu nombreuses. Pourtant certains chirurgiens avaient proclamé hautement la cure radicale des varices. Leur enthousiasme ne fut point partagé; mais l'on était d'accord en France pour convenir que les douleurs et l'hémorrhagie par suite de rupture étaient les deux seules indications. Peu à peu, à mesure que furent connues les guérisons maintenues pendant plusieurs années, on devint moins réservé, et l'on peut dire que bon nombre de variqueux peuvent être améliorés sinon guéris par le traitement chirurgical. « Nous étions trop abstentionnistes, dit M. Quénu. Nous le sommes devenus un peu moins, principalement à la suite du travail de Trendelenburg qui s'est fait l'apôtre de la ligature de la saphène contre les varices

et leurs complications, lorsque la phlébectasie s'étend au tronc de la saphène. »

Nous avons parlé de cure radicale. On comprend facilement qu'elle ne puisse être obtenue : les lésions variqueuses ne s'étendent pas là seulement où les trouve le couteau du chirurgien ; elles peuvent occuper tout le réseau veineux et, en s'attaquant à une partie des lésions, on ne fait point disparaître les autres qui siègent plus profondément. Le traitement opératoire est palliatif ; il remédie à la douleur, à l'hémorragie par suite de rupture, à l'ulcère, à la phlébite.

Mais il y a une cause qui influe singulièrement sur la production et l'extension des varices et sur leurs complications : c'est l'insuffisance valvulaire. Pour ce motif nous l'étudierons en premier lieu.

Il est inutile de rappeler longuement que les causes qui favorisent la circulation en retour sont là *vis à tergo*, la contraction des muscles du membre inférieur, la contraction des parois veineuses et enfin la présence des valvules qui ont à lutter contre la station debout prolongée et la force centrifuge imprimée au sang par le balancement du membre. Comme l'a démontré M. le professeur Le Dentu, la disposition des valvules dans les veines anastomotiques ne permet pas au sang de refluer dans la veine saphène, qui est en quelque sorte une voie de suppléance, tandis que la poplitée et la fémorale forment les grandes voies de la circulation en retour.

Qu'arrive-t-il dans la dilatation des veines ? Les bords valvulaires ne peuvent plus se rejoindre ni obturer

complètement la lumière du vaisseau ; il est facile alors de voir qu'une veine comme la saphène qui présente cette disposition contient une colonne sanguine ininterrompue. Le poids de cette colonne augmenté de celui de la fémorale, de l'iliaque, de la veine cave inférieure dont les valvules disparaissent si rapidement chez l'embryon, porte en des points déterminés sur la partie inférieure de la jambe. Le reflux du sang presse sur les vaisseaux capillaires et détermine des troubles de nutrition.

L'insuffisance valvulaire fut reconnue dès le siècle dernier par un chirurgien anglais, Everard Home. Cette découverte parut négligeable et l'on y attacha encore moins d'importance après les travaux de Verneuil. En 1855, l'éminent chirurgien fit paraître dans la *Gazette médicale de Paris* un article sur le siège réel et primitif des varices du membre inférieur. Voici les termes de ses conclusions : « Toutes les fois que des varices superficielles spontanées existent sur le membre inférieur, on observe en même temps des varices profondes dans la région correspondante de ce membre... ; la réciproque n'est point vraie, car on peut trouver la dilatation des veines inter ou intramusculaires sans que les vaisseaux superficiels soient atteints... La phlébectasie ne porte donc pas primitivement sur les vaisseaux sous-cutanés ; elle prend son origine, au contraire dans les veines profondes en général et dans les veines musculaires du mollet en particulier. Il en découle que le traitement chirurgical

portant sur les veines superficielles est à l'avance frappé de nullité. »

Les expériences faites depuis Verneuil, les résultats obtenus par la résection des veines superficielles ont suffisamment montré l'erreur de ces conclusions. D'ailleurs, il est un fait acquis que les varices superficielles peuvent exister en l'absence de toute lésion des veines profondes.

C'est l'honneur de Trendelenburg d'avoir précisé les données acquises sur l'insuffisance valvulaire et établi, par une série d'expériences que nous allons citer brièvement, que la colonne sanguine de la saphène obéit aux seules lois de la pesanteur et que le reflux se produit dans les capillaires où il détermine des troubles de nutrition.

Première expérience. — Le malade se couche, les varices deviennent immédiatement moins tendues. Les veines sont modérément remplies et le seront d'autant moins que le membre inférieur sera plus élevé. Si le tronc se relève et amène le cœur à un niveau plus élevé, la saphène se remplit partiellement de sang et se comporte comme un système de vases communicants ou, si l'on veut encore, comme « le manomètre de la pression abdominale. »

Deuxième expérience. — Le malade est couché et la jambe élevée jusqu'à la perpendiculaire ; la saphène est absolument vide de sang. Si on comprime la saphène au dessous de son embouchure dans la fémoro-

rale, le malade peut se lever sans que l'on voie, comme dans la première expérience, le sang refluer de l'abdomen. Les varices se remplissent lentement et progressivement du sang venu de la périphérie ; mais si l'on cesse la compression, on voit immédiatement — comme dans la première expérience, — le sang refluer rapidement dans les vaisseaux.

M. Schwartz recommande une troisième expérience très facile à réaliser, celle du choc à distance et de la transmission de l'ondée sanguine. « Un variqueux étant couché, dit M. Schwartz, les veines modérément remplies, il suffit de donner une chiquenaude sur la partie supérieure de la saphène interne pour voir l'oscillation communiquée au liquide contenu se transmettre dans les veines du genou et même de la jambe. Plus la transmission est facile et évidente, plus l'insuffisance valvulaire est manifeste ; plus elle se fait dans les petites veinules, plus l'altération est accentuée. »

Ces expériences sont probantes ; on a pourtant reproché aux expériences de Trendelenburg de ne s'appliquer qu'aux cas où la veine saphène est dilatée. A son tour, M. Delbét a fait, en 1897, à l'Hôtel-Dieu, une série d'expériences qui établissent l'insuffisance valvulaire de la saphène, en dehors de toute dilatation.

« Si on palpe la veine, dit ce chirurgien, on sent nettement, lorsque le malade est debout et qu'il fait des efforts, qu'elle se tend sous le doigt, tandis qu'elle se laisse au contraire facilement déprimer quand le malade est couché..... La sensation tactile que donne

la veine, lorsque, le malade étant debout, le sang peut y refluer est très différente de celle que fournit une veine à parois calcifiées. C'est une sensation de rénitence élastique qui indique nettement à un doigt exercé qu'il s'agit d'un canal contenant un liquide sous une forte tension. » Au moment d'opérer un variqueux qui avait eu une hémorrhagie considérable par suite de rupture, M. Delbet mesura au manomètre la pression dans le bout central et dans le bout périphérique de la saphène dont le volume était normal. Voici le résultat de ses constatations :

	Segment supérieur.	Segment inférieur.
Malade allongé...	1 c. 6	3 c. 0
Effort debout....	16 0	6 0
Effort très violent.	26 0	10 0

On peut remarquer que la pression aurait dû être nulle dans le segment supérieur, si les valvules avaient été suffisantes au dessus et que cette pression, dans les deux dernières constatations, est plus forte que la pression du segment inférieur qui apporte le sang des capillaires. Il faut noter aussi l'énorme tension, 26 centimètres de mercure, qu'ont à supporter les parois veineuses dans les efforts violents.

On voit le rôle considérable que joue l'insuffisance valvulaire dans le développement des varices et de leurs complications. Nous allons maintenant passer en revue les différentes indications qui en résultent.

La douleur variqueuse est incontestablement le

symptôme fonctionnel le plus fréquent, celui qui justifie souvent l'intervention.

Pourtant, il y a des variqueux dont la dilatation ampullaire ou serpentine de la saphène n'occasionne aucune souffrance, et il n'est point nécessaire d'opérer de tels malades. Chez d'autres, une longue marche, des efforts continus déterminent un engourdissement marqué des extrémités, la tension de la peau, le gonflement et l'endolorissement de toute la masse charnue dont la sensibilité est exagérée par la pression. Ces douleurs musculaires que le repos fera disparaître ont le caractère des douleurs rhumatismales et souvent les malades rejettent sur le rhumatisme chronique ces souffrances qu'il faut attribuer aux varices.

L'intervention est au contraire nettement indiquée, quand la douleur, tantôt continue, tantôt intermittente, se manifeste sous la forme de brûlures, de crampes. Elle a pour siège de prédilection le mollet et surtout le bord inférieur du soléaire. D'autres malades accusent de la pesanteur dans tout le membre inférieur, des fourmillements, des démangeaisons, que n'explique point l'état de la peau saine en apparence.

Verneuil avait remarqué que des varices légères étaient quelquefois plus douloureuses que d'énormes paquets variqueux. M. Quénu a démontré que ces douleurs qui prennent un caractère névralgique n'étaient point dues, comme le prétendait Verneuil, à l'altération des veines profondes, mais à la phlébite des veines adhérentes aux nerfs et aux altérations de ces nerfs.

Pour ne parler que du nerf sciatique, que de malades se croient atteints de névralgie sciatique ordinaire, et qui n'éprouvent aucun résultat du traitement habituel auquel on les soumet. Les varices du sciatique sont la cause de ces névralgies persistantes, et l'intervention chirurgicale, préconisée par M. Quénu, a fait merveille. Le diagnostic, il faut l'avouer, n'est pas toujours facile : on rencontre souvent des cas frustes et latents, et la pression exercée sur certains points précis révèle seule la sensibilité morbide des nerfs.

On a signalé également des douleurs absolument intolérables, déterminées par le voisinage des nerfs. En voici un exemple : une ampoule ou un paquet variqueux siégeant sur le condyle interne du fémur comprime et irrite les rameaux du nerf saphène interne. C'est en ce point et au creux poplité que siègent les varices les plus douloureuses.

Tels sont, rapidement indiqués, les différents caractères que revêt la douleur chez les variqueux. Dans ces derniers cas, et surtout quand la douleur est persistante et qu'elle rend tout travail impossible, il est nettement indiqué d'intervenir. Les résultats qu'ont obtenus différents chirurgiens : Trendelenburg, M. Schwartz, M. Quénu, les bons résultats que contiennent nos observations en sont la complète justification.

Une complication assez fréquente des varices, la rupture externe est justiciable de l'intervention sanglante ; les chirurgiens sont d'accord pour en trouver

l'indication absolue même dans le cas de grossesse. La rupture externe résulte de l'amincissement de la peau qui recouvre les varices; elle se produit souvent à l'insu du malade qui est tout étonné de sentir le sang couler sur sa jambe; dans d'autres cas, la rupture se produit à la suite d'un effort ou d'un traumatisme. Tantôt le sang coule en bavant, tantôt il sort en un jet qui paraît énorme par rapport à la grandeur de l'orifice de la veine rompue. La violence de l'hémorrhagie a pour cause l'énorme pression exercée au niveau du point de rupture par le poids de la colonne sanguine qui peut remonter jusqu'au cœur droit si l'insuffisance valvulaire est complète. Si l'hémorrhagie n'est pas immédiatement arrêtée par la compression, le pronostic s'assombrit : il existe en effet, dans la littérature médicale, d'assez nombreux cas de mort à la suite de rupture de varices; nous rappelons les cas récents cités par M. Polaillon et par M. Rémy dans le *Bulletin général de thérapeutique*. La cause doit en être attribuée à l'énorme pression sanguine produite par l'insuffisance valvulaire.

L'indication de la ligature et de la résection variqueuse ne se pose pas seulement au moment où l'hémorrhagie se produit. On doit conseiller d'intervenir chez les malades qui ont eu des hémorrhagies par rupture de varices (une récurrence peut être fatale) et à ceux dont les varices très dilatées, à parois dures et friables, sont protégées par des tissus amincis que vient rompre le moindre effort, le plus léger traumatisme, quelquefois même un simple grattage comme le prouve

notre observation XVII. Nous espérons qu'on trouvera justifié le traitement de l'excision cutanée qui enlèvera à la fois les varices et la peau amincie et altérée qui les recouvre.

La phlébite variqueuse est-elle justiciable, comme l'hémorrhagie par rupture externe des varices, du traitement sanglant et même de la méthode de l'excision cutanée? Avec M. Schwartz nous répondons par l'affirmative. Cette question vient d'être traitée dernièrement dans les thèses de M. Guériteau et de M. Robineau prosecteur des hôpitaux et nous nous bornons ici à résumer leurs conclusions : le traitement se compose de deux temps principaux : la ligature des veines efférentes, ou tout au moins de la principale, ensuite l'ablation des veines enflammées. « La possibilité ou la présence d'accidents graves souvent mortels justifient les tentatives chirurgicales ». De plus, la guérison s'effectue beaucoup plus rapidement que par le traitement médical. Cependant toutes les phlébites ne sont pas justiciables de l'intervention sanglante, notamment certaines phlébites très atténuées qui se dissipent rapidement par le repos et les résolutifs et certaines formes graves qui surviennent chez des individus dont l'état général est mauvais.

Pendant la grossesse, M. Schwartz n'est pas partisan de l'intervention qui peut provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. M. Quénu a opéré avec succès deux femmes enceintes ; il est vrai de dire que la grossesse n'était pas avancée.

L'intervention sanglante est utile également quand les varices s'accompagnent d'œdème. Nous voulons parler seulement ici de l'œdème que n'accompagne pas une altération notable de la peau et qui disparaît par le décubitus. Cet œdème est analogue à celui qu'on rencontre chez les cardiaques. Mais il ne s'agit pas de l'œdème dur et persistant qui s'accompagne souvent de dermites, d'eczéma, d'ulcère et qui est dû à des troubles de la nutrition.

Cet œdème simple est la conséquence directe de l'énorme pression produite par le poids de la colonne sanguine qui va de la périphérie au cœur et que n'interrompt plus le système valvulaire depuis longtemps atrophié. Il s'ensuit que l'œdème est très fréquent. C'est de plus une des premières manifestations des varices qu'il permet de reconnaître, à défaut de la dilatation de la saphène. Comme intensité, l'œdème est absolument variable; il peut occuper tout le membre ou consister simplement en un léger gonflement péri-malléolaire que montre l'empreinte laissée par une chaussure trop serrée.

On comprend que la résection étagée de la saphène combinée à l'excision cutanée jambière produisent de bons résultats permanents comme le montrent nos observations (IV, VII, XVII). La colonne sanguine de la saphène interrompue en plusieurs points fait refluer le sang par les veines profondes dont la circulation est mieux établie. La contention produite par la résection cutanée vient ajouter ses effets propres à la résection veineuse. C'est là surtout que nous pou-

vons dire que nous mettons un bas élastique naturel.

Nous arrivons maintenant à parler des indications opératoires tirées de l'ulcère. « Si la cure de l'ulcère, dit M. Rémy, est une indication urgente d'opération, il n'en est pas moins vrai qu'il est parmi les complications des varices celle qui peut faire hésiter avec le plus de raison. » La production de l'ulcère variqueux est le résultat de troubles circulatoires graves : il faut tenir compte également des troubles nerveux et de la constitution du malade, de l'arthritisme. Une autre considération qui doit aussi restreindre les indications opératoires de l'ulcère, c'est qu'on le rencontre très souvent, non pas chez les malades qui portent de grosses varices et des paquets variqueux, mais chez des individus dont les jambes sont couvertes de varices des petites veines superficielles. Artères, veines, nerfs, peau, agissent de concert et influent les uns sur les autres : « Tout concourt, dit M. Schwartz, à faire des jambes ainsi atteintes des lieux de moindre résistance et à y rendre les tissus infirmes. »

Nous ne voulons pas parler des nombreux traitements préconisés pour la cicatrisation de l'ulcère, ni des innombrables topiques employés dans l'ancienne pharmacopée. Mais on comprend que dans une affection dont la pathogénie est si compliquée, on ait tenté les traitements les plus divers : M. Chipault vient de préconiser un traitement de l'ulcère par l'élongation

des nerfs ; il faut dire qu'il y ajoute l'excision cutanée employée par M. Schwartz.

Les nombreux résultats obtenus par divers chirurgiens dans le traitement de l'ulcère variqueux par la résection de la saphène nous font penser que c'est là le procédé de choix, car cette méthode permet de décharger le membre inférieur du poids de la colonne sanguine, elle favorise la circulation veineuse et la vitalité de la peau. M. Schwartz a constaté « la guérison rapide d'ulcères jusque-là restés torpides et leur non-reproduction, alors que du côté opposé qui n'avait pas été opéré, l'ulcération avait gagné du terrain ou s'était reproduite dès la reprise du travail » ; encore faut-il que l'ulcère n'ait point de dimensions trop étendues et que la peau qui l'entoure ne soit pas profondément altérée. Dans bon nombre de cas, la résection étagée est seule employée et l'ulcère se cicatrise de lui-même ; mais on peut se servir de la résection cutanée quand l'ulcère présente de petites dimensions. Ainsi, dans une de nos observations (I), l'ulcère siégeait assez haut au niveau de la jambe et ne comprenait pas plus de 4 centimètres de diamètre. M. Schwartz circoncrivit dans le lambeau cutané le petit ulcère et put réunir facilement les deux bords de l'incision. Dans cette intervention, il y avait à craindre que l'infection qui siégeait au niveau de l'ulcère ne se propageât aux bords libres du lambeau et ne vint compromettre la cicatrisation. La jambe fut désinfectée le plus soigneusement possible et l'ulcère préalablement cautérisé. La réunion de la plaie s'est faite par première intention et l'ulcère ne s'est pas reproduit.

Paragraphe II

L'ÉTAT DE LA PEAU

Nous venons de passer en revue les différentes indications, douleur, hémorrhagie, phlébite, œdème, ulcère, qui justifient le procédé de la résection étagée de la saphène et qui sont aussi justiciables de la méthode de l'excision cutanée. Les résultats que nous exposons plus loin en sont la preuve. Mais il y a une condition nécessaire pour appliquer le traitement de l'excision cutanée, il faut que l'état de la peau le permette.

En effet que nous proposons-nous? Une peau flasque et atone recouvre des varices qu'elle ne soutient pas et comprime encore moins, car « elle intervient pour beaucoup, dit M. Schwartz, dans l'augmentation des lésions variqueuses, mais encore dans leur production. » Le but du bas à varices naturel sera atteint si par l'excision cutanée on arrive à soutenir les veines de la jambe, à amener une compression naturelle qui agisse sur les veines superficielles comme l'aponévrose jambière agit sur les veines profondes, ou qui établisse comme la compression artificielle par le bas lacé élastique, une répartition égale et uniforme, et proportionnée à leur calibre, du sang dans les veines.

Il existe une certaine analogie entre ce procédé et le traitement du varicocèle par la résection du scrotum

qui a pour but de soutenir les testicules. On a objecté qu'il était tout différent de soutenir deux testicules ou de contenir des vaisseaux d'un membre variqueux. Nos observations sont là pour prouver qu'à l'analogie du traitement correspond l'analogie des résultats heureux.

Mais pour arriver à faire ce bas élastique naturel, il faut que la peau soit mobilisable, que les bords de la peau puissent se rapprocher et surtout aient assez de vitalité pour se cicatriser par première intention. Il est donc intéressant de considérer l'état de la peau. Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que du moment qu'un membre est variqueux, la peau n'est plus parfaitement saine. Il y a pourtant des degrés, et il est important pour nous de savoir à quel moment l'altération de la peau deviendra incompatible avec le traitement que nous proposons. Si nous nous reportons à la thèse de M. Jeanselme, nous voyons que cet auteur admet certains degrés dans l'altération de la peau des variqueux : « Au premier degré, dit-il, la peau est seulement amincie, atrophiée, principalement sur la face interne du tibia, plissée, luisante, sèche, écailleuse, mais elle est souple et glisse facilement sur les plans profonds. A un degré plus élevé, le derme est tendu sur l'arête du tibia et difficile à saisir entre les deux doigts. Il est fréquent de voir sur celui des deux membres qui n'est pas atteint d'hypertrophie, un bracelet occupant tout le tiers inférieur de la jambe depuis la malléole jusqu'à la naissance du mollet. Ce bracelet, ordinairement très pigmenté, étreint la jambe, et quel-

quefois le défaut de niveau est assez prononcé pour y voir figurer un coup de hache. Cette peau brune tirant sur le violet est amincie, parcheminée, immobile et non plissable, glabre et souvent squameuse. Quelquefois un interrogatoire attentif apprend que ces placards atrophiques ont été le siège d'eczémas. »

Évidemment la méthode de l'excision cutanée appliquée dans les cas de varices avec sclérose de tous les tissus ne saurait produire aucun résultat ; la peau pigmentée est adhérente au tissu conjonctif sous-jacent qui prend un aspect lardacé, forme « une sorte de gangue adhérente aux aponévroses » et ne pourrait avoir la vitalité suffisante pour former un bas élastique. A plus forte raison est-il impossible d'appliquer notre méthode quand la jambe est envahie par un œdème dur et persistant, quand la peau est recouverte d'eczéma variqueux à fortes squames ou d'eczéma aigu et suintant et, surtout, quand elle est recouverte de larges ulcères qui tendent à entourer la jambe entière.

La situation est différente quand il existe un petit ulcère de 4 ou 5 centimètres de diamètre, que les bords du lambeau fusiforme peuvent englober, encore faut-il que là où porte l'incision la peau soit d'apparence saine.

Mais où il est absolument indiqué d'intervenir, c'est quand la peau flasque, atone, extensible, reste souple et glisse sur les plans profonds. C'est le premier degré décrit par M. Jeanselme. Évidemment, la peau n'est pas normale, mais elle n'adhère pas aux tissus sous-

jacents et cette altération n'a que peu d'intensité puisque dans tous les cas où la méthode a été appliquée, l'intervention a réussi : la réunion par première intention a toujours eu lieu.

Il est des cas assez nombreux (et la plupart de nos observations rentrent dans cette catégorie), où l'indication est encore plus précise : ce sont des cas dans lesquels la peau flasque et atone recouvre des paquets variqueux. Si l'on ne voulait enlever que le paquet variqueux, plusieurs inconvénients se présenteraient : les adhérences solides que la tumeur a contractées avec la peau rendraient la dissection lente et difficile ; la peau serait tellement amincie que l'on en pourrait craindre le sphacèle. Mais admettons que l'on ait réussi à enlever la tumeur, que faire de cette peau si lâche qui n'a plus de raison de subsister. L'hémostase est difficile après la dissection variqueuse ; il faudra craindre la formation d'un hématome et courir peut-être les risques d'une infection secondaire. De plus, les veines superficielles qui n'auront pas été enlevées étant moins soutenues qu'auparavant par la peau, auront toute liberté pour se dilater.

Paragraphe III.

CONTRE-INDICATIONS

Les varices ne se présentent pas toujours sous la forme de dilatations serpentine et de paquets variqueux faciles à réséquer. Quand elles affectent les veinules ou les veines profondes, le traitement est tout différent.

Dans les varices des petites veines, la jambe se présente couverte d'arborisations fines, visibles seulement de près, mais qui donnent à l'ensemble du membre une coloration bleuâtre; M. Rémy leur a donné le nom de cyanose variqueuse ou variété bleue. Ces veinosités, ces varices capillaires dermiques s'accompagnent souvent de manifestations cutanées et douloureuses; elles se développent très rapidement et tendent à se généraliser. Cela tient à ce que le développement de ces varices n'est point dû seulement aux influences mécaniques comme l'ectasie de la saphène, mais aussi à ce que M. Périer appelle la mauvaise qualité de l'étoffe veineuse. On les rencontre chez de jeunes sujets: M. Forgues, de Montpellier, en rapporte trois cas survenus chez des soldats à la suite d'une fièvre typhoïde.

« Les ruptures capillaires qui, par les épanche-

ments interstitiels, amorcent les ulcérations, la phlébite qui entraîne la sclérose dans la continuité des veines et dans les tissus voisins », semblent indiquer une intervention précoce. Malheureusement, dans ces cas, la difficulté de l'opération et les mauvais résultats obtenus ne justifient pas l'intervention. A quoi servirait en effet d'enlever çà et là quelque veine variqueuse, puisque l'affection n'est point localisée ? Du reste, la dissection des veines est fort difficile par suite des fortes adhérences qu'elles présentent avec le tissu cellulaire et la peau. Il faudrait multiplier les^s incisions, comme le fait Ledderhose, mais les capillaires dont la sclérose est avancée présentent un orifice toujours béant : d'où la production d'hémorragies abondantes et persistantes. Les résultats sont aussi mauvais que l'opération est difficile et presque toujours on a dû constater des récives précoces.

On comprend que la résection des vaisseaux superficiels n'a de raison d'être que si l'on admet l'intégrité valvulaire des vaisseaux profonds. Mais l'insuffisance valvulaire n'est pas toujours limitée au réseau sous-cutané, elle peut se propager au réseau profond, commencer même par lui et rendre inutile toute intervention sur la saphène interne.

Il n'est pas toujours facile de reconnaître l'insuffisance valvulaire profonde. Verneuil en donnait pour signes les petites arborisations étoilées superficielles que l'on rencontre de préférence au voisinage du genou, les fourmillements, la fatigue rapide, la douleur à la palpation du mollet et enfin les différentes

formes du coup de fouet. Il existe un autre signe dû aux expériences de Trendelenburg. Le malade est couché, la jambe levée perpendiculairement au plan du lit ; on comprime le tronc de la saphène au dessous de son embouchure, puis le malade se lève. Dans le cas normal, le sang ne remplit que progressivement le réseau superficiel, mais si tout à coup le sang reflue dans ces veines, il faut admettre qu'il vient des veines profondes insuffisantes.

Les troubles déterminés par l'insuffisance valvulaire profonde sont des plus grands : le sang n'obéit plus qu'à la pesanteur ; il retombe dans les petits vaisseaux et les capillaires dont les parois trop faibles ne sauraient résister, et rapidement se produisent des œdèmes considérables, des dermites, des ulcères. Dans certains cas, les varices superficielles peuvent manquer, ces troubles généraux n'en existent pas moins et il n'est pas nécessaire pour leur production de la disparition totale des valvules des veines profondes ; il suffit qu'elle porte sur la fémorale ou sur les peronnières, par exemple. Il faut donc admettre dans ces cas, l'inutilité de la résection veineuse et de la résection cutanée. Heureusement ces cas sont rares.

L'abstention est recommandée également pour les varices localisées aux branches secondaires, qui n'ont aucune tendance à l'accroissement. Il en est de même des varices congénitales qui paraissent être le résultat d'un défaut de résistance et de nutrition de la paroi veineuse. Ces varices ont un développement très rapide et elles s'attaquent à tout le système veineux.

Qu'on nous permette encore une remarque : les varices comme un certain nombre d'affections connues, semblent être l'apanage des arthritiques. L'existence de cette diathèse doit-elle diminuer les motifs que nous avons d'intervenir ? Nous ne le pensons pas. « Pour ma part, dit M. Rémy, je ne me préoccupe ni des diathèses, ni des lésions nerveuses. Il me suffit de savoir qu'elles n'infectent pas une plaie opératoire et qu'elles ne retarderont pas la cicatrisation. J'ai été heureux de trouver la même pensée exprimée devant la Société de Chirurgie par un chirurgien de la valeur de Lucas-Championnière.

Étudions maintenant certaines causes d'ordre général qui militent en faveur de l'abstention opératoire.

Pendant la grossesse, les varices à moins de complications, ne présentent pas d'indication opératoire urgente. Quelle serait l'utilité d'enlever des varices qui ont, une fois la grossesse terminée, une forte tendance à la régression et qui, dans certains cas, disparaissent totalement ? Le traitement chirurgical a été depuis longtemps employé en Allemagne ; mais, en France, les chirurgiens sont unanimes pour repousser toute intervention sanglante pour les varices simples. On conseille aux femmes le repos, la position horizontale du membre, ou le port d'un bas lacé élastique que l'on entretiendra dans un parfait état de propreté. La compression élastique peut avoir certains inconvénients, comme le prouve le cas rapporté par Chaussier,

d'une cuisinière qui plusieurs fois provoqua son avortement en mettant un bas élastique.

Il est des circonstances, comme l'hémorrhagie par suite de rupture variqueuse, la production d'une phlébite où l'intervention est indiquée. Pour le premier cas, nous avons vu combien était urgente l'indication opératoire. Pour ne pas occasionner un trop grand traumatisme, on peut limiter l'intervention au niveau de l'hémorrhagie, en se réservant s'il y a lieu après la grossesse, une intervention plus complète. Quant à la phlébite, nous avons vu plus haut ce qu'il fallait penser du traitement chirurgical.

La vieillesse est-elle une contre-indication ? C'est un point à discuter. « La sénilité, dit M. Rémy, ne se mesure pas au nombre des années, mais à l'état des organes. Il faut refuser l'opération à des hommes épuisés, même s'ils n'ont pas dépassé la quarantaine. Vous obtiendrez, au contraire, de bons résultats sur d'autres qui ont dépassé la soixantaine mais conservé leur santé. » Grosmaire et Ledderhose partagent la même opinion, et ce chirurgien a opéré avec succès des hommes de 75 ans. Disons pourtant que le grand âge prédispose aux thromboses ; et, pour intervenir chez un vieillard, il faut tenir un grand compte de son état général et des avantages qu'il pourra retirer de l'opération.

Les infirmités sont une contre-indication, quand elles ont entraîné une incapacité complète de travail. M. Rémy rapporte un cas dans lequel il préféra l'amputation de la jambe à la résection variqueuse.

Il est des cas également où tous les chirurgiens sont d'accord pour s'abstenir : c'est quand les malades présentent une affection viscérale incurable. La tuberculose avancée, le diabète, l'albuminurie, certaines affections cardiaques ou médullaires sont des tares suffisantes pour repousser toute intervention ; et, nous tenons à le répéter, ceci est d'autant plus vrai que la cure des varices par l'excision cutanée n'est pas une opération d'urgence, qu'elle doit être faite chez des individus qui doivent en tirer un bénéfice sérieux.

En terminant ce chapitre, disons que dans certains cas où le chirurgien hésite à opérer, la considération de l'état social du malade peut trancher la question. Un individu qui ne se livre à aucun travail fatigant, qui se repose à son gré, peut à la rigueur se passer d'une intervention que réclamera un ouvrier.

La plupart de nos observations sont prises dans la clientèle hospitalière : ce sont des gens qui restent une grande partie de la journée debout, dont les varices sont douloureuses ou ont provoqué des ulcères. On doit, en somme, procurer à ces malades les avantages d'une opération simple et bénigne.

CHAPITRE II

Paragraphe I^{er}

HISTORIQUE

Nous nous proposons, dans ce chapitre, de décrire les modifications apportées au traitement chirurgical des varices pendant ces dernières années. Ce n'est pas pourtant que nous tenions pour inutiles le traitement médical et le traitement orthopédique. L'hygiène joue ici un grand rôle et l'on pourrait dire que, bien comprise, elle supprimerait souvent les raisons que l'on a d'intervenir. Propreté minutieuse des membres, ablutions froides fréquemment répétées, repos dans la position horizontale ou assise, tels sont les principes d'une saine hygiène. Joignons-y la compression avec des bandes de flanelle ou avec un bas lacé élastique dont les modèles se perfectionnent journellement. Leur usage est appliqué à bon nombre de variqueux ; les cas sont rares où ils sont contre-indiqués.

Le traitement chirurgical a été pratiqué dès l'antiquité. Les formes nombreuses qu'il a revêtues nous montrent peut-être qu'aucun procédé n'est parfait. Toutes, plus ou moins, peuvent se ramener à ces trois types : amener une phlébite et une oblitération consécutive, amener la coagulation sans inflammation préalable et consécutivement l'oblitération, enfin détruire une partie de la veine.

Le premier mode de traitement est encore en faveur auprès des chirurgiens de Lyon qui emploient des injections de perchlorure de fer, ou comme le fait M. Delore, de liqueur iodo-tannique. Ce procédé n'est pas parfait puisque, d'après la statistique de M. Weinlechner, on compte des récidives, et il présente certains inconvénients tels que la production d'une phlébite douloureuse qui peut se compliquer d'eschares, d'abcès et surtout d'embolie mortelle. L'école de Lyon se défend de ces critiques : M. Delore considère la crainte de l'embolie comme une chimère. D'après ce chirurgien, la veine injectée voit son endothélium remplacé par du tissu bourgeonnant qui comble parfois le calice des vaisseaux. La liqueur détermine un processus de phlébite à bons caractères avec caillot adhérent et tissu inflammatoire solide sans tendance au ramollissement. Nous pouvons répondre avec M. Quénu : « Toute méthode qui a pour essence même de provoquer une phlébite est une mauvaise méthode. L'opérateur n'est jamais maître des limites et de l'intensité de l'opération. Il expose ses malades à des dangers d'embolie surtout s'il recourt au procédé aveugle et con-

damnable de l'injection intra-veineuse. Il faut savoir ce qu'on fait et opérer à ciel ouvert. »

Depuis longtemps on a traité les varices en amenant l'oblitération sans inflammation préalable. Nous voulons parler de la ligature à distance connue déjà d'Ambroise Paré et qu'Everard Home et Leisrink ont employée. La ligature percutanée eut plus de succès, et ce procédé est actuellement encore employé par le docteur Montaz, de Grenoble : avec une aiguille chargée d'un crin de Florence, stérilisée, on pique la peau à côté de la veine : on passe sous la veine et on ressort en traversant la peau le plus près possible du point d'entrée. Le crin est serré fortement de manière à étreindre la peau et la veine. La ligature est renouvelée de distance en distance ; elle amène rapidement la thrombose de la veine que l'on sent transformée en un cordon mince.

Nous passerons sous silence une série de procédés qui ne sont plus employés aujourd'hui : la compression immédiate de la veine, le séton, l'acupuncture. Ces méthodes n'ont peut-être pas procuré tout le bénéfice qu'on était en droit d'attendre à une époque où l'antiseptie n'était pas connue.

Nous arrivons maintenant aux procédés de traitement qui ont pour base la destruction de la veine. Cette méthode a été connue dès l'antiquité : tous les auteurs citent, d'après Plutarque, l'opération que subit Marius ; plus tard, Ambroise Paré et Celse l'ont employée, et Dyonis, en 1714, nous en montre les détails dans son *Cours de Chirurgie démontrée au Jardin Royal*.

J.-L. Petit précisait les indications du traitement. Cependant l'opération était redoutée du plus grand nombre à cause de la douleur et des accidents inflammatoires consécutifs : Lisfranc perdait trois opérés sur cinq d'infection purulente ; aussi ne sommes-nous pas étonné de voir Dupuytren et Vidal de Cassis, et après eux Velpeau et Nélaton se déclarer nettement contre toute intervention et proclamer l'incurabilité des varices.

L'anesthésie opératoire et surtout l'antisepsie sont venues enlever les craintes légitimes qu'inspirait autrefois l'intervention. Dès 1875, les chirurgiens allemands et anglais proclamaient l'innocuité et les avantages de l'opération. En 1884, Madelung de Rostock communiquait au Congrès de Berlin de nombreux résultats d'opérations dans lesquelles il avait enlevé de grandes étendues de veines malades.

L'École française montra moins d'enthousiasme dans le traitement sanglant et, au début, limita les cas d'intervention ; M. Lucas Championnière fut le premier, en 1875, à lier la veine saphène. C'est à M. Schwartz que revient l'honneur d'avoir, en 1885, précisé les indications opératoires et pratiqué un bon nombre d'opérations. En 1890, M. Cerné, de Rouen, communique à la Société de chirurgie l'observation d'une malade pour les varices de laquelle il avait combiné la section simple avec l'extirpation.

Enfin, en 1890, Trendelenburg, de Bonn, faisait paraître un article intitulé : *De la ligature de la grande veine saphène dans le traitement des varices de*

jambe. Cette publication eut un grand retentissement à cause des idées que l'auteur exposait sur l'insuffisance valvulaire. Le traitement proposé consistait en la section de la veine entre deux ligatures à l'union du tiers inférieur avec les $\frac{2}{3}$ supérieurs de la cuisse. D'après Perthes, Trendelenburg a modifié le procédé opératoire en faisant trois sections entre deux ligatures, l'une au dessus du condyle interne, l'autre au milieu de la cuisse, la dernière au dessous du condyle interne. Les soixante malades opérés ont tous guéri par première intention; un bon nombre ont été revus et la plupart se sont montrés satisfaits de l'intervention.

En France, M. Ricard s'est montré partisan de la même méthode : ligatures multiples de la saphène avec section, sans partager toutefois l'enthousiasme de Trendelenburg, car il présente, dans la thèse de M. Archambeaud (1891), des résultats assez contradictoires. Ce procédé, employé par beaucoup de chirurgiens était, en somme, absolument simple : la saphène était liée, sectionnée mais non réséquée. La résection mise en honneur par J.-L. Petit, était tombée en désuétude; mais après l'application de l'antisepsie, les chirurgiens allemands s'en montrent fervents partisans notamment Starke, Madelung et Matlakowski. En France, MM. Schwartz, Quénu, Rémy, Regnier, reconnaissant la supériorité de la résection sur la ligature et la section entre deux ligatures, l'emploient d'une façon exclusive. « La résection d'une certaine longueur de troncs variqueux répétée plusieurs fois à

différentes hauteurs avec toutes les précautions de la méthode antiseptique, offre autant de garanties, est plus rapide comme exécution et moins douloureuse pour l'opéré que la plupart des autres méthodes dites curatives. »

Disons quelques mots sur le manuel opératoire. On recommande au malade de marcher un moment avant l'opération pour rendre les varices plus saillantes; du reste, une ligature posée à la racine du membre permet d'arriver au même résultat. L'anesthésie générale n'est point nécessaire, quelques injections de cocaïne à 1/100 suffisent à procurer l'analgésie. L'opérateur fait une incision variant de 3 à 10 centimètres portant sur la veine ou un peu en dehors. Le vaisseau est isolé à l'aide d'une sonde cannelée. Deux fils sont passés sous les vaisseaux qu'on lie aux deux extrémités de l'incision et l'on résèque la partie intermédiaire. La même opération peut être répétée, comme l'indique Trendelenburg, en trois points de la saphène.

S'il vient se jeter une veine collatérale dans la partie dénudée de la saphène, on fait la ligature de ce vaisseau; mais il faut respecter les filets nerveux qui accompagnent les grosses veines. Il peut arriver que la dissection de la saphène soit difficile et douloureuse pour le patient par suite des adhérences que la veine a contractées avec la peau et le tissu cellulaire. Certains auteurs recommandent pour éviter les tiraillements sur la peau ou la veine de faire une incision en U, les branches de l'U étant peu marquées. Une

pareille incision aura l'avantage également de rendre plus visible l'embouchure des veines collatérales. Pour terminer, on suture au crin de Florence. Les fils sont enlevés au bout de huit jours et c'est à la fin de la troisième semaine que le malade peut sortir de l'hôpital.

Avant d'aborder la description de la méthode de l'excision cutanée, disons quelques mots de deux nouveaux procédés. Le premier qui s'applique surtout aux cas où les varices sont localisées aux jambes ou compliquées d'ulcères est dû à M. Moreschi de Recanati. Ce chirurgien, après avoir fait la ligature étagée de la saphène fait à la jambe une incision circulaire allant jusqu'à l'aponévrose jambière puis il résèque ou lie toutes les veines superficielles. Enfin, une deuxième incision est faite dans les mêmes conditions un peu au dessus des malléoles. « On intercepte ainsi la circulation veineuse superficielle et l'on coupe la colonne sanguine. On applique ensuite quelques points de suture entre les marges. Une cicatrice par granulation se forme et préserve contre la reprise de la circulation veineuse ». (*Clinica chirurgica.*)

Le second procédé dû à M. Ledderhose de Strasbourg et qui fait le sujet de la thèse de M. Holtzmann consiste à pratiquer non plus des incisions circulaires qui ont l'inconvénient de sectionner les troncs lymphatiques, mais des incisions longitudinales intéressant tous les tissus jusqu'à l'aponévrose jambière. Ces

incisions qu'on réunit ensuite forment des travées de tissu cicatriciel. Cette opération a pour but de diminuer l'œdème que la seule opération de Trendelenburg ne peut faire disparaître, en complétant l'effet de la résection de la saphène par le fractionnement du réseau veineux superficiel. « La guérison idéale des varices du bas de la jambe, dit M. Holtzmann, serait la résection complète du réseau veineux sous-cutané... L'incision longitudinale combinée avec la ligature de Trendelenburg s'approche le plus de cet idéal, car elle produit une amélioration frappante des œdèmes et des varices du bas de la jambe. »

Paragraphe II

MÉTHODE DE L'EXCISION CUTANÉE

L'anesthésie locale par la cocaïne suffit ordinairement pour la résection de la saphène entre deux ligatures ; mais elle n'est plus suffisante dans la méthode de l'excision cutanée ; nous avons vu toujours employer l'anesthésie chloroformique.

Voici la technique opératoire que M. Schwartz suit en appliquant sa méthode de l'excision cutanée :

La veille de l'opération, le malade prend un grand bain savonneux ; le membre inférieur tout entier est rasé et brossé, puis recouvert de compresses humides

boriquées qui sont enlevées seulement au moment de l'opération.

Comme nous l'avons dit, la méthode de l'excision cutanée est combinée au traitement de Trendelenburg que l'on pratique d'abord. La saphène est liée par étages en deux ou trois points à la cuisse : la ligature est double et associée à la résection de quelques centimètres de la veine. Quand on trouve une dilatation ampullaire de la saphène ou un paquet variqueux siégeant sur son trajet, l'incision porte à ce niveau et le paquet variqueux est enlevé. Une partie plus ou moins étendue de la saphène est ainsi réséquée. Mais, point important à remarquer, les ligatures se font toujours de haut en bas : on commence par lier la saphène immédiatement au dessous de son embouchure dans la fémorale, puis au milieu de la cuisse, enfin un peu au dessus du condyle interne du fémur. La première partie de l'opération est terminée et la cuisse est recouverte de compresses stérilisées.

A la face interne de la jambe, on trace un grand lambeau en forme de fuseau, s'étendant le plus souvent en avant sur la face interne du tibia, en arrière sur le mollet et comprenant autant que possible toute la longueur de la jambe. Les dimensions ordinaires de ce lambeau sont de 20 à 25 centimètres et plus pour la longueur et de 5 ou 6 centimètres pour la largeur. Ce lambeau recouvre évidemment la saphène et les paquets variqueux qui vont être enlevés avec lui.

L'incision porte non seulement sur la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, mais encore sur l'aponé-

vrose jambière. La saphène interne est liée et sectionnée à l'angle inférieur de l'incision, puis relevée avec la peau à laquelle elle adhère. On fait ainsi la dissection du lambeau et toutes les veines collatérales que l'on rencontre sont liées le long des bords de la plaie ou sur la surface du mollet, de façon à enlever le plus possible de tissu veineux. Le lambeau ne tient plus en haut à la jambe que par le tronc de la saphène : on le sectionne après l'avoir lié. Toutes les ligatures sont faites non pas à la soie mais au catgut n° 0 ou n° 1. L'hémostase doit être parfaite, car il serait regrettable de voir se former un épanchement de sang qui forcerait les points de suture.

Le lambeau de peau est donc enlevé et on aperçoit à sa place une vaste plaie losangique dont le grand axe suit la direction du membre. Il s'agit de la combler en rapprochant les lèvres de la peau. On commence par placer quelques points de suture profonds qui suffisent le plus souvent à amener le rapprochement des bords de l'incision. Toujours, nous avons vu la réunion se faire, mais nous croyons qu'il serait téméraire de donner au lambeau en son milieu une largeur de plus de 6 centimètres; il faut souvent tendre la peau pendant quelques instants pour amener la juxtaposition des bords de la plaie : les crins de Florence que l'on emploie en très grand nombre, quelquefois 35 et 40, éloignés les uns des autres de quelques millimètres, y réussissent parfaitement. La tension exagérée de la peau n'est pas à redouter, car on s'aperçoit au bout de quelques minutes, au moment où l'on fait

le pansement, que la tension est déjà moins énergique. On pourrait aussi se figurer que les crins de Florence qui maintiennent si difficilement affrontée une peau assez tendue n'arrivassent à la couper. Il n'en est rien et les observations qui suivent n'en donnent aucun exemple. D'ailleurs, si les fils superficiels sont si rapprochés les uns des autres, c'est pour répartir en un plus grand nombre de points la traction exercée sur les bords de la peau. Les fils se soutiennent entre eux et ne coupent point.

Nous devons ajouter que dans un cas (Obs. XX) la peau parut trop tendue, et surtout on remarqua une cyanose du pied au moment où on allait faire le pansement : la circulation de retour ne se faisait plus. M. Schwartz fit en arrière de la jambe dans la moitié inférieure une incision libératrice de 6 centimètres environ. Cette incision était à peine pratiquée que le pied reprenait son aspect normal. C'est la seule fois, du reste, que M. Schwartz fut obligé d'y avoir recours. Il est, en effet, fort intéressant de voir la tension maxima de la peau diminuer sous l'influence de l'élasticité du tissu et se répartir sur tout le pourtour de la jambe. Aucun inconvénient, aucun accident n'est venu, dans les jours qui suivaient, montrer les effets d'une trop grande contention de la jambe.

Ce n'est pas seulement au mollet que M. Schwartz applique sa méthode du bas élastique naturel. Au niveau de la cuisse, quand des veines anciennement enflammées présentent de fortes adhérences avec la peau, ou quand un énorme paquet variqueux siège au

niveau de la saphène, la résection veineuse est combinée à l'excision d'un lambeau cutané qui dépasse sur tous ses bords de 1 ou 2 centimètres la tumeur veineuse. Nos observations présentent des exemples de lambeaux taillés à la face interne du genou qui s'étendaient du tiers inférieur de la cuisse au tiers supérieur de la jambe sur une longueur de 15 à 20 centimètres. (Obs. VI, VII, XI, XVII, XIX).

Plusieurs malades opérés par cette méthode présentaient un ulcère variqueux à la face interne de la jambe : ou l'ulcère avait d'assez faibles dimensions pour permettre de le circonscrire dans le lambeau cutané, ou il siégeait trop bas vers le cou-de-pied et avait de trop fortes dimensions. Dans le premier cas (Obs. I), les précautions les plus rigoureuses d'antisepsie furent prises pour désinfecter l'ulcère, qui fut cautérisé au thermo-cautère et recouvert de poudre d'iodoforme ; la peau fut lavée au permanganate de potasse et au bisulfite de soude, puis à l'alcool, à l'éther, au sublimé. Les conditions dans lesquelles l'ulcère doit se présenter pour être compris dans l'excision cutanée sont assez rares : il ne faut pas que l'ulcère dépasse 4 centimètres de diamètre, qu'il siége à la partie moyenne de la jambe là où la peau est le plus facilement extensible, et surtout il faut qu'il n'ait intéressé en profondeur que le tissu cellulaire sous-cutané et qu'il ait respecté l'aponévrose jambière. Quand ces conditions ne sont pas remplies, on doit respecter l'ulcère qui bénéficiera, il est vrai, de la résection de la saphène. Le lambeau de peau est alors

moins étendu, et l'extrémité inférieure de l'incision assez éloignée de l'ulcère pour que l'infection de ce dernier ne gagne pas la plaie et empêche la réunion par première intention.

Le pansement que l'on applique ne présente rien de particulier. La jambe est recouverte de compresses stérilisées, salolées, iodoformées, puis de coton hydrophile et de ouate ordinaire. Nos observations présentent deux cas d'érythème dus à l'intoxication par l'iodoforme (Obs. IX, XIV). Le pied est également recouvert de coton, et des bandes de toile exercent une compression modérée sur le membre tout entier.

Le malade est remis dans son lit, la jambe légèrement soulevée par un coussin. Le pansement n'est pas enlevé avant le huitième jour, à moins d'élévation de température. A ce moment les fils profonds sont enlevés et quatre jours après les fils superficiels. Un pansement sec ordinaire ou au collodion recouvre la cicatrice pendant une semaine encore ; mais le malade ne se lève qu'au bout de trois semaines, car des mouvements exagérés, une marche trop rapide risqueraient de compromettre la solidité de la cicatrice et la réunion par première intention.

Tel est le procédé de l'excision cutanée comme l'emploie M. Schwartz. Nous verrons dans le chapitre suivant les résultats immédiats de l'opération et, ce qui présente un plus grand intérêt, les résultats éloignés que nous avons recueillis.

CHAPITRE III

OBSERVATION I (Résumée).

Phlébite de la saphène interne gauche. Paquet variqueux et ulcère.

Mme L., 41 ans, sage-femme, entre au pavillon Lister, le 9 février 1897.

Phlébite de la saphène à la partie moyenne de la cuisse. Paquet variqueux à la jambe gauche non enflammé et, un peu plus bas, un petit ulcère très douloureux, large comme une pièce de 50 centimes.

Opération : extirpation de toute la saphène gauche à la cuisse, et à la jambe excision d'un lambeau cutané comprenant le paquet variqueux et le petit ulcère.

Suites opératoires : à la jambe réunion par première intention, à la cuisse petit abcès à l'angle supérieur de l'incision.

Revue en juin 1899 : la malade marche facilement, mais éprouve le soir, de temps en temps, une assez vive douleur au siège de l'ulcère. Cicatrice linéaire, sauf au siège de l'abcès.

OBSERVATION II

Énormes varices serpentine et ampullaires de la cuisse droite et de la jambe gauche, très douloureuses. Excision cutanée. Sutures. Réunion immédiate.

Mme X..., âgée de 40 ans, entre rue Blomet en novembre 1897; habituellement bien portante, mais obligée de se tenir presque toujours debout. Les varices se sont développées depuis fort longtemps.

État actuel. — A droite, énormes varices serpentine allant du milieu de la cuisse à la face externe du genou. A gauche, énormes varices jambières postérieures.

Le 24 novembre 1897, opération. Chloroforme.

A droite, excision des varices de la cuisse avec un long lambeau de peau, de 20 centimètres environ. Ligatures au catgut.

A gauche, excision d'un gros paquet variqueux jambier et de la peau auquel il adhère. Ligatures au catgut. Réunion avec des crins de Florence profonds et superficiels. Pansement iodoformé ouaté.

Le 1^{er} décembre, ablation des fils profonds. Pas de suppuration; mais un peu de phlébite variqueuse à la partie supérieure de l'incision de la cuisse, légèrement douloureuse. Compression ouatée.

Le 22 décembre, la malade sort guérie; elle porte un bas élastique.

Revue en parfait état le 18 mars 1898.

Revue en mars 1899, la guérison persiste.

OBSERVATION III (1).

Phlébite du tronc de la saphène droite. Paquets variqueux à la jambe.

La nommée R..., âgée de 58 ans, journalière, entre le 17 novembre 1897, pour une phlébite variqueuse. Elle est atteinte de varices aux deux jambes depuis quatorze ans. Ces varicès ont grossi depuis quatre mois, surtout à la jambe droite. Elle entre à l'hôpital pour une phlébite de la saphène interne droite au 1/3 moyen de la jambe.

Un gros paquet variqueux enflammé se trouve un peu au dessus du siège de la phlébite, vers le bord interne du genou, il atteint le volume d'un œuf de poule. Varices tout le long de la saphène interne jusqu'à l'embouchure. Les valvules sont insuffisantes.

Repos, enveloppement ouaté. La phlébite ne cède pas.

18 décembre. Chloroformé. Résection de 3 centimètres de la saphène interne entre deux ligatures, au niveau de son embouchure. Dissection et extirpation du paquet variqueux. Extirpation d'un lambeau cutané sur la face interne du mollet, en forme de navette, d'une longueur de 20 centimètres. Suture par 22 crins de Florence.

Suites de l'opération normales.

26 décembre. Ablation des fils : la plaie est réunie par première intention.

(1) Les observations III, VI, XI ont été déjà publiées dans la thèse de M. Guériveau.

10 janvier. La malade sort guérie.

A été revue en avril 1898 : a repris son travail quinze jours après sa sortie de Cochin et n'a pas été obligée de l'interrompre. A la jambe gauche, les varices sont volumineuses, mais la jambe droite (opérée) est en parfait état.

Revue en juin 1899. La guérison se maintient aussi parfaite que possible : la cicatrice est à peine visible. Souffre toujours un peu de la jambe non opérée, et désire retourner à Cochin pour subir la même opération.

OBSERVATION IV

*Varices de la jambe gauche. Ligature étagée de la saphène.
Résection d'un lambeau cutané avec paquet variqueux.*

Le nommé B..., 55 ans, maçon, entre le 10 décembre 1897, salle Demarquay.

Antécédents personnels. — Depuis douze ans, il souffre de la jambe gauche ; la marche est pénible. Les varices ne se sont développées que fort lentement, et pour la première fois, l'année dernière, le malade a dû cesser son travail pendant une huitaine de jours. Cette année-ci, nouvelle interruption dans le travail.

État actuel. — La jambe gauche présente sur sa face interne des varices serpentine assez accentuées ; en un point seulement, on remarque une dilatation ampullaire. (Signes de la chiquenaude et des vases communicants.)

A la cuisse, la saphène n'est variqueuse qu'au tiers inférieur. Léger œdème.

Le malade présente, en outre, une légère hydrocèle droite.

20 décembre. Opération. A la cuisse, deux ligatures ; la

première, près de l'embouchure de la saphène; la seconde, au dessus du genou. A la jambe, résection d'un lambeau de peau fusiforme, ayant 20 centimètres de longueur et 3 centimètres dans sa plus grande largeur, commençant à 4 centimètres du plateau tibial, sur la face interne de la jambe, et aboutissant sur sa face antérieure, dépassant même un peu la crête du tibia, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la jambe. Dans ce lambeau, sont comprises les varices serpentine et la dilatation ampullaire. Formation d'un bas cutané constricteur par la suture des deux lèvres de la plaie.

Le 27 décembre, on enlève une partie des fils.

Le 31, tous les fils sont enlevés.

Le 10 janvier, le malade commence à marcher sans éprouver la moindre gêne, et le 14 janvier, il quitte l'hôpital en parfait état.

N'a pas été revu.

OBSERVATION V

Énorme paquet variqueux à la face postérieure de la jambe droite. Ligature étagée de la saphène. Excision d'un lambeau cutané et du paquet variqueux.

Le nommé J. G..., 34 ans, journalier, entre salle Gosselin, le 27 décembre 1897.

Le malade présente des varices aux deux jambes, principalement à droite. En 1894, il a déjà été opéré à cette jambe par M. Blum, à Saint-Antoine. Les varices ont reparu deux ans après l'opération.

Etat actuel. — On voit un paquet variqueux à la face postérieure de la jambe droite et, à 3 centimètres de la malléole

interne, un ulcère variqueux qui existe depuis un an et présente les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Le 10 janvier, opération. Ligatures étagées avec résection de la saphène aux tiers supérieur, moyen et inférieur de la cuisse.

A la jambe, on taille un lambeau d'une largeur maxima de 3 centimètres; par une incision descendant du milieu du creux poplité jusqu'à la face interne de la jambe à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur. La dissection du lambeau est fort aisée et le paquet variqueux se détache facilement; mais, au milieu du lambeau, on trouve une anastomose entre les veines superficielles et profondes, aussi volumineuse que la fémorale. Après la ligature et la section de ce vaisseau, on continue la dissection du lambeau; une grande partie de la saphène interne est ainsi réséquée. Sutures nombreuses aux crins de Florence; formation d'un bas à varices naturel. Pansement à la gaze iodoformée et compression ouatée.

Suppuration très limitée à la partie inférieure de l'incision; on enlève quelques fils pour donner issue au pus. Pansement humide.

Le 13 février 1897, le malade est guéri. La cicatrisation de la plaie est parfaite, et l'ulcère a complètement disparu.

Revu en 1897, le malade se porte bien et ne ressent aucune fatigue.

OBSERVATION VI

Phlébite de la jambe droite.

Le nommé L..., 51 ans, palefrenier, entre salle Demarquay, le 21 décembre 1897.

Sa mère avait des varices.

Ce malade est obligé de se tenir debout presque toute la journée. Il a depuis douze ans des varices qui le gênent sans toutefois l'empêcher de travailler.

Il y a quinze jours, à la suite de fatigues, les varices se sont enflammées ; il a beaucoup souffert, dit-il, dans toute l'étendue de la jambe, qui était rouge, œdématisée et douloureuse ; fièvre assez forte, le malade est obligé de s'aliter.

Examen. — La saphène interne droite est dure et sinueuse, on observe sur son trajet plusieurs tumeurs variqueuses très douloureuses, l'une au niveau du plateau tibial, l'autre plus grosse au tiers moyen de la cuisse. Cette tumeur, grosse comme le poing, mesure 15 centimètres de longueur sur 10 de large. Elle adhère à la peau d'une façon intime, mais elle est légèrement mobile sur le plan profond, elle est bosselée, molle et formée par des varices serpentineuses enflammées ; il y a également des dilatations ampullaires dans lesquelles la palpation permet de sentir des caillots plus durs. Adénopathie inguinale très prononcée. Œdème. Pigmentation très marquée de la peau de la jambe. La jambe gauche est saine.

26 décembre. Chloroforme : 1° Résection de la saphène interne sur une longueur de 4 centimètres, immédiatement au dessous de son embouchure ;

2° Incision ellipsoïdale allant jusqu'au tiers supérieur de la jambe, comprenant un large lambeau de peau qui recouvre les deux paquets variqueux. Dissection de ces paquets au bistouri et aux ciseaux. Suture de la peau au crin de Florence par des points très rapprochés ;

3° A la partie interne du mollet, M. Schwartz, pour constituer le bas élastique naturel, circonscrit un lambeau de peau en forme de fuseau, de 20 centimètres de longueur sur 4 de

largeur et dont les bords sont suturés par 22 crins de Florence.

4 janvier. Suites de l'opération normales : les fils sont enlevés.

Présenté le 16 février 1898 par M. Schwartz à la Société de chirurgie.

Revu le 25 mai 1899. Le malade a repris son métier de palefrenier, n'éprouve ni fatigue ni douleur. L'état de la jambe est normal : la peau est saine.

OBSERVATION VII

Phlébite variqueuse très étendue.

M. J... entre en janvier 1898, rue Oudinot. Marchand de vins, légèrement alcoolique, robuste et très fort, souffre de varices depuis quelques années, immobilisé à chaque instant par des douleurs, des œdèmes, présente en ce moment (janvier 1898) une phlébite très étendue de toute la cuisse ; de plus, des grosses veines à la face interne du genou et à la jambe.

Opération le 8 février. Chloroformisation difficile (240 gr.), l'opération dure une heure. A la cuisse, résection de la saphène interne et de la peau qui la recouvre ; à la jambe et au genou résection de varices avec excision d'un long lambeau cutané : bas élastique naturel.

Accidents gastriques postchloroformiques : vomissements, anorexie, malaises durant quatre ou cinq jours environ. Réten-tion d'urines pendant huit jours. Réunion totale de la plaie.

Sort guéri au bout de vingt-six jours.

Quelques semaines après l'opération, ce malade est pris

d'accidents épileptiformes qui durent six mois et qui se traduisent maintenant par des malaises et par des vertiges.

Septembre 1898. L'état de la jambe est parfait : les grosses varices n'ont point reparu, mais on voit encore des petites varices superficielles. Le soir, léger œdème. « Cet opéré marche sans souffrance, il a chassé sans porter de bas élastique. Résultat très satisfaisant : le jeune homme était un infirme et il peut maintenant vaquer à ses affaires. »

Mai 1899. Légère phlébite d'une veine collatérale de la saphène qui n'avait pas été réséquée. Le malade est maintenant rétabli.

OBSERVATION VIII

Dilatation serpentine de la saphène interne gauche. Ulcère variqueux. Excision d'un lambeau cutané.

Le nommé M..., 53 ans, charretier, entre à l'hôpital le 18 janvier 1898, salle Demarquay.

Il y a quatre ans, fracture de la rotule gauche. A des varices depuis quelques années ; mais c'est en mai 1896 qu'apparut pour la première fois un ulcère au cou-de-pied gauche. L'ulcère dura dix-huit mois, puis guérit. Il y a trois mois, l'ulcère a reparu, et sous l'influence de la fatigue et du travail, l'ulcération s'est étendue et actuellement elle occupe toute la partie antéro-latérale du tiers inférieur de la jambe ; elle est superficielle dans son ensemble, mais présente en avant et en dedans, deux points où la perte de substance est plus profonde et où les bords sont plus saillants.

L'insuffisance valvulaire est peu nette ; varices serpentine à la face interne de la jambe.

A la jambe droite, quelques légères varices dont le malade ne se plaint pas.

27 janvier. Opération. On fait sur la saphène interne trois ligatures étagées avec résection, la troisième se trouvant au dessus du genou. A la jambe, lambeau fusiforme s'étendant sur la face interne depuis le plateau tibial jusqu'à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur.

Nombreux points de suture, pansement à la gaze iodoformée.

5 février. La moitié des fils est enlevée; un fil occasionne une légère suppuration.

8 février. Tous les fils sont enlevés.

19 février. Tout pansement est supprimé à la cuisse. Il reste seulement le pansement de l'ulcère, mais la perte de substance a bien diminué.

1^{er} mars. Le malade sort de l'hôpital, l'ulcère complètement cicatricé.

Revu en mars 1899. La guérison persistait et le travail ne causait aucune douleur. L'ulcère n'avait pas reparu.

OBSERVATION IX

Varices anciennes. Ulcère de la jambe droite. Excision d'un lambeau cutané. Erythème dû à l'iodoforme.

Le nommé L..., 43 ans, fumiste, entre salle Demarquay, le 21 janvier 1898.

Antécédents héréditaires : Mère rhumatisante.

Antécédents personnels : Blennorrhagie et rétrécissement de l'urèthre opéré en juillet 1897, et actuellement souffre pendant la mixtion.

Les varices existent depuis longtemps ; le malade a été réformé pour cette infirmité. Pour la première fois il y a quinze ans s'est produite une légère ulcération, et depuis plusieurs ulcères se sont successivement ouverts et fermés.

État actuel : A la jambe droite, varices serpentine avec phlébolithes ; à la cuisse varices fort indurées, insuffisance valvulaire.

Au cou-de-pied droit, le malade présente trois ulcérations, l'une grande comme une pièce de cinq francs sur la face interne du cou-de-pied, les deux autres plus petites sur la face antérieure.

A la jambe gauche, légères varices.

27 janvier. Opération. Résection de la saphène interne entre deux ligatures, en trois points différents. A la jambe, résection d'un lambeau cutané losangique, comprenant les varices, long de 15 centimètres sur 6, allant du milieu de la jambe à la partie postéro-interne du genou.

5 février. On enlève la moitié des fils. Un léger épanchement sanguin se vide au niveau de la partie supérieure de l'incision de la jambe.

8 février. L'iodoforme détermine un érythème considérable accompagné d'œdème généralisé. On le remplace par le salol.

11 février. L'œdème a disparu ; on enlève le reste des fils.

Sort guéri le 2 mars 1898, portant un bas à varices.

Mai 1899. Aucune douleur, aucune fatigue.

OBSERVATION X

Varices anciennes très douloureuses. Ulcères de jambe.

Le nommé R..., 42 ans, menuisier, entre salle Demarquay le 27 janvier 1898.

Antécédents héréditaires : mère emphysémateuse.

Antécédents personnels : bronchite à 23 ans, pneumonie à 33 ans. Les varices pour lesquelles le malade a été réformé, existent depuis fort longtemps. Il y a quinze ans, premier ulcère ; depuis, plusieurs ulcères se sont produits, mais la cicatrisation s'est effectuée assez rapidement.

État actuel : A la jambe droite, fortes varices serpentine ; au tiers moyen de la cuisse, dilatation ampullaire sur le trajet de la saphène. Insuffisance valvulaire manifeste. A la jambe gauche, il y a quelques varices moins fortes qu'à l'autre jambe. Enfin, sur la face interne du cou-de-pied droit, existe un ulcère plus grand qu'une pièce de cinq francs, qui s'est produit depuis un mois.

29 janvier. Opération. Sur la saphène interne, on pratique trois résections avec double ligature, l'une au tiers supérieur, l'autre au tiers moyen au niveau de la dilatation ampullaire qui se trouve ainsi réséquée, la troisième au tiers inférieur.

A la jambe, résection d'un lambeau de peau long de 15 centimètres environ, large de 3 centimètres, s'étendant obliquement de l'angle interne du losange poplité à la partie supérieure du tiers moyen de la jambe, un peu en dedans de la crête du tibia.

Le 10 février, les fils sont enlevés.

Le 15 février. Tout pansement est supprimé et le malade

commence à marcher. L'ulcère est rapidement modifié dès les premiers jours qui suivent l'opération. Il est guéri le 14 février.

Le malade sort le 1^{er} mars, et il porte un bas à varices.

N'a pas été revu.

OBSERVATION XI

Phlébite variqueuse de la saphène interne gauche. Varices de la jambe non enflammées.

Le nommé B..., âgé de 46 ans, ouvrier, entre salle Gosselin le 25 février 1898.

Les varices ont débuté il y a neuf ans, mais n'ont causé aucun ennui.

Le 10 février, début de la phlébite qui s'est d'abord localisée au niveau du genou, puis a remonté vers la cuisse qui est rouge et douloureuse sur le trajet de la saphène. Au niveau de l'embouchure de la saphène il y avait une ampoule enflammée. La marche devenant impossible, le malade s'est mis au repos : la rougeur et l'inflammation ont disparu le 23 février.

État actuel. — Au tiers supérieur de la cuisse, près de l'embouchure de la saphène, on remarque une ampoule grosse comme une orange, fluctuante, indolore, remplie de caillots mous. La peau est un peu rouge, adhérente à la tumeur qui est mobilisable sur les parties profondes. Au dessous, la saphène présente un cordon dur et sinueux, et il en est de même à la jambe. Au tiers moyen de la cuisse, existe une seconde tumeur dure, bosselée, serpentine, allongée, adhérente à la peau. Éruption d'acné sur toute la cuisse. Pigmentation très accentuée sur le trajet de la saphène.

5 mars Chloroforme. Résection de la saphène entre deux ligatures, près de son embouchure. Incision en fuseau prolongeant la première allant jusqu'au condyle interne, comprenant le paquet variqueux et le plus de peau possible, ayant une longueur de 38 centimètres et une largeur de 10. Dissection du paquet et ablation d'un grand segment de veine thrombosée, siégeant au niveau de l'interligne articulaire du genou. Suture de la plaie par trente-cinq crins de Florence.

A la jambe. Excision d'un lambeau cutané (20 X 4) comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Suture par dix-huit crins de Florence.

15 mars. Suites opératoires normales. Réunion parfaite de la plaie; on voit que la peau exerce une constriction assez forte.

Revu en mai 1899 : travaille sans aucune fatigue, n'éprouve aucune douleur. La jambe est d'aspect normal

OBSERVATION XII

Varices très anciennes, douloureuses depuis quelques mois seulement.

Le nommé D... Jules, 39 ans, sellier, entre le 25 mars 1898, salle Gosselin.

En 1878, à la suite d'une chute de cheval, forte contusion avec arthrite coxo-fémorale; atrophie consécutive du quadriceps.

Depuis vingt ans, varices de la saphène externe, ce qui a amené le développement d'une plaque de phlébite variqueuse, ayant l'aspect d'une tumeur et siégeant au niveau de l'embouchure de la saphène externe dans la poplitée. Cette tumeur

fut opérée par M. Nimier, au Val-de-Grâce, en novembre 1897.

Le malade entre à l'hôpital pour des varices de la saphène interne, développées depuis vingt ans au moins, mais qui ne sont gênantes que depuis quelques mois. Les veines n'atteignent un volume anormal qu'après une station prolongée; elles sont plus grosses à la jambe, mais nullement indurées; légère insuffisance valvulaire.

Opération le 2 avril. La saphène est réséquée et liée au tiers supérieur de la cuisse. Au tiers inférieur, on ne peut trouver la saphène qui a dû filer en arrière du condyle interne. On la retrouve à la jambe et on enlève avec elle un lambeau de peau pour faire un bas élastique naturel. On remarque que les veines sont moins altérées à la jambe qu'à la cuisse, et d'autant moins qu'on les examine plus bas sur la jambe, ce qui est contraire à la normale.

Le lendemain, fièvre, 38°9 et rien pour expliquer cette température; on ne trouve au niveau de la plaie, ni douleur, ni rougeur, ni trace d'infection. Les sutures sont maintenues et le pansement refait.

Pendant plusieurs jours la fièvre continue mais l'état de la plaie ne peut l'expliquer.

Les fils sont enlevés dans les délais normaux.

Le malade sort le 21 avril, ayant une cicatrice parfaite, mais présentant au dessus de la malléole interne une zone d'anesthésie de trois travers de doigt environ.

Le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION XIII

Varices énormes des deux jambes.

Le nommé R..., 49 ans, garçon de café, entre le 20 juin 1898, salle Demarquay.

Réformé pour varices dont il ne souffrait pas à cette époque, dont il ignorait même l'existence. Depuis, les varices ont augmenté peu à peu, surtout à la jambe gauche. L'an dernier, il a eu deux petits ulcères, qui se sont guéris rapidement.

Actuellement, il présente aux deux jambes, surtout à gauche, deux gros paquets variqueux siégeant principalement sur le trajet de la saphène interne; ils remontent jusqu'à la moitié de la cuisse. A droite, les varices sont moins étendues. Insuffisance valvulaire très nette des deux côtés. A gauche, au niveau de la région du canal de Hunter, existe une ampoule veineuse présentant des battements synchrones à la pulsation artérielle (communication avec une artériole). Pas de troubles trophiques, pas d'ulcères.

Un furoncle sur la face interne de la jambe gauche retarde l'intervention : cautérisation au thermo-cautère et pansement humide.

12 juillet. Opération à la jambe droite : deux ligatures à la cuisse et une à la jambe, avec résection veineuse.

19 juillet. Opération à la jambe gauche : 1° résection et ligatures de la saphène au niveau de son embouchure; 2° au niveau du condyle interne, ligature et résection d'une grosse dilatation; 3° à la jambe, résection d'un grand lambeau cutané circonscrivant la plaie laissée par le furoncle cautérisé au thermo-cautère. Dissection de nombreux paquets variqueux

aux deux pôles de l'incision. Nombreuses ligatures. Points de sutures au crin de Florence très rapprochés.

20 juillet. On enlève les fils de la jambe droite : cicatrisation parfaite.

26 juillet. Pansement à la jambe gauche. On enlève la moitié des fils.

29 juillet. Deuxième pansement : à la cuisse, réunion parfaite. A la jambe, suppuration sur toute la longueur de l'incision. Débridement et pansement humide.

Le 1^{er} août, ouverture d'un abcès à la face interne de la jambe qui donne du pus et du sang.

Le 5 septembre, le malade sort de l'hôpital : il ne reste plus de traces de l'abcès. La cicatrisation est complète.

Mai 1899. Nous n'avons pu revoir le malade. Il nous écrit qu'il a un petit ulcère à la jambe droite, mais qu'il souffre moins qu'avant l'opération de l'an dernier.

OBSERVATION XIV

Insuffisance valvulaire des saphènes. Paquet variqueux à droite.

Le nommé Q..., 33 ans, débardeur, entre le 20 juin 1898, salle Gosselin.

Antécédents héréditaires : Père et mère variqueux.

Antécédents personnels : Les varices existent depuis fort longtemps aux deux jambes. Un ulcère situé à la partie antérieure de la jambe a duré pendant sept ans, de 1889 à 1896.

De plus, le malade a une hydrocèle vaginale droite volumineuse, depuis l'âge de dix-sept ans. L'hydrocèle et les varices

sont gênantes par leur volume et par les tiraillements qu'elles déterminent.

Il y a deux mois le malade fait une chute sur la cuisse. Cette contusion détermine de vives douleurs. Massage. Le malade avait repris son travail depuis deux jours, quand le genou droit, indemne jusqu'à ce jour, a subitement augmenté de volume.

La marche est impossible.

Examen des varices. — Très prononcées à droite.

La saphène présente une dilatation serpentine et à la jambe existe un paquet variqueux.

Insuffisance valvulaire typique : on peut faire les expériences de Trendelenburg et de M. Schwartz.

Opération le 28 juin. Résection et ligature étagée de la saphène interne droite, à la face interne de la jambe, résection d'un lambeau cutané qui recouvre le paquet variqueux. On fait également la cure radicale de l'hydrocèle.

29 juin. On observe sur tout le corps un érythème intense, particulièrement marqué aux avant-bras, la peau est chaude, mais il n'y a pas de température générale. Ni vomissements, ni diarrhée, mais céphalée intense avec expectoration abondante. L'érythème observé paraît attribuable à l'iodoforme ; on trouve en effet dans l'urine une quantité d'iode facile à déceler. Pansement salolé.

Le 2 juillet, l'érythème a diminué considérablement, la céphalée et l'expectoration ont disparu.

Le 9 juillet. Desquamation générale. Tous les fils sont enlevés et la réunion est parfaite.

Le 22 juillet, le malade sort guéri.

Revu le 15 mai 1899. Le malade est enchanté du résultat de l'opération. Chaque jour, il fait de longues courses et ne ressent aucune fatigue dans la jambe droite. Il souffre un peu de la jambe gauche et désire se faire opérer. A l'inspection de

la jambe opérée, c'est à peine si l'on voit la trace de la cicatrice. La peau est rouge, légèrement tendue.

OBSERVATION XV

Varices volumineuses des deux jambes.

Le nommé L..., 42 ans, charretier, entre le 22 juin 1898, salle Gosselin.

Varices volumineuses des deux côtés, surtout sur le territoire de la saphène interne où on remarque de nombreuses ampoules.

Dilatation énorme de la saphène interne droite au niveau de son embouchure.

Insuffisance valvulaire complète : le signe de la chique-naude s'observe d'une façon typique. Pas de varicocèle, pas d'hémorroïdes.

Opération le 4 juillet. Anesthésie très agitée.

A gauche, quatre ligatures avec résection de la saphène interne dont deux à la cuisse et deux à la jambe. A droite deux ligatures étagées à la cuisse ; à la face interne de la jambe résection d'un grand lambeau cutané de 20 centimètres de longueur.

Le lendemain le malade se plaint d'avoir la jambe trop serrée. Le pansement est enlevé, mais comme il n'y a point d'inflammation, on le refait aussitôt ; la constriction de la jambe est due à l'excision cutanée.

11 juillet et 15 juillet. On enlève les fils.

25 juillet. La cicatrisation est faite. Au niveau du condyle interne du fémur gauche, on remarque un petit hématome ; un

pansement compressif le fait disparaître au bout de deux jours.

1^{er} août. Le malade sort complètement guéri.

Revu en mai 1898, a repris son travail, mais souffre un peu le soir.

OBSERVATION XVI

Varices de la jambe gauche. Opéré l'an dernier des varices de la jambe droite.

Le nommé L..., 48 ans, charretier entre le 27 juin 1898, salle Demarquay.

Paludisme, syphilis et alcoolisme.

L'année précédente (1897), soigné dans le service pour eczéma variqueux et varices de la jambe droite. On fait à cette époque trois ligatures avec résection de la saphène interne droite, deux à la cuisse et une à la jambe.

Entre aujourd'hui à Cochin pour se faire opérer la jambe gauche qui présente également des varices avec insuffisance valvulaire.

Le malade ne souffre plus de la jambe opérée l'an dernier.

12 juillet, opération. Double ligature avec résection de la saphène interne. A la jambe résection d'un grand lambeau cutané. Au dessous de la malléole interne, deux ligatures sont posées sur des troncs veineux. Les veines ont des parois épaisses et indurées, mais elles saignent peu à la section.

20 juillet. Les fils sont enlevés. Réunion par première intention.

27 juillet. Le pansement est enlevé. Cicatrisation parfaite.

Revu en juin 1899. La guérison se maintient aux deux jambes. Aucune douleur.

OBSERVATION XVII

Varices de la jambe gauche. Hémorrhagie par rupture externe.

Le nommé D..., 25 ans, coiffeur, entre salle Gosselin, le 21 septembre 1898.

Il y a quelques mois, le malade s'est aperçu qu'il avait des varices à la partie interne de la jambe gauche. Le malade n'a jamais été forcé de quitter son travail; car les varices ne déterminaient ni œdème, ni douleurs, mais des démangeaisons à la partie inférieure de la jambe. Le malade en se grattant a déterminé la rupture d'une varice, et il s'est écoulé par la petite plaie une quantité notable de sang (1 litre environ, dit le malade), à trois reprises différentes.

Le malade entre à l'hôpital Cochin; on trouve des veines sinueuses, dilatées, ampullaires, dures, indolores sur le trajet de la saphène interne, allant du genou au milieu du mollet. On voit à la partie inférieure d'une dilatation la petite ulcération, siège de l'hémorrhagie.

Opération le 23. Résection d'un lambeau cutané contenant tout le paquet variqueux apparent. Peu d'hémorrhagie. Réunion immédiate des bords de la plaie. Résection (6 centimètres) de la saphène interne à la partie supérieure de la cuisse.

Les fils sont enlevés le 3 octobre. Cicatrisation parfaite. Le malade sort le 18, portant un bas élastique.

Revu en mai 1899. Le malade se porte bien. Les varices n'ont pas reparu.

OBSERVATION XVIII

Varices des deux jambes, surtout prononcées à gauche.

Le nommé B..., 32 ans, journalier, entre salle Gosselin, le 4 novembre 1898.

A l'âge de 21 ans, les varices apparaissent à la suite de grandes fatigues, puis se sont développées progressivement, très douloureuses. Le soir, les jambes sont très œdématisées. Quelquefois, le malade ressent comme des douleurs fulgurantes qui traversent tout le membre inférieur.

Etat actuel : Varices des deux jambes plus développées à gauche qu'à droite. Des deux côtés, paquets variqueux sur toute la face interne de la jambe, et remontant au dessus du condyle interne. A la cuisse gauche, nodosités sur le trajet de la saphène. Insuffisance valvulaire.

Opération : Résection et suture étagée de la saphène droite, à son embouchure et au dessus du condyle interne. On procède de la même façon sur la saphène gauche. De plus, formation d'un bas à varices naturel sur la jambe par l'ablation d'un lambeau cutané auquel adhère un gros paquet variqueux. On laisse un autre paquet variqueux, plus petit, au niveau du condyle interne, qui se thrombose au bout de quelques jours.

Les suites opératoires sont normales et le malade sort guéri le 5 décembre.

N'a pas été revu.

OBSERVATION XIX (Résumée).

Paquet variqueux au niveau du genou droit. Ulcère variqueux.

Le nommé M..., 22 ans, homme de peine, entre salle Gosselin, le 27 février.

Varices depuis l'âge de 13 ans. Dilatation de la saphène qui est douloureuse, ce qui a empêché le malade de travailler. Il y a un mois, ulcère de jambe qui aujourd'hui est cicatrisé. Insuffisance valvulaire.

Opération : Résection de la saphène au tiers supérieur de la cuisse droite ; puis, au niveau du genou, excision d'un lambeau cutané de 9 centimètres recouvrant un paquet variqueux. Drainage.

24 mars. Sortie de l'hôpital : la plaie est parfaitement cicatrisée ; plus de douleurs.

N'a pas été revu.

OBSERVATION XX (Personnelle).

Le nommé Th..., âgé de 42 ans, emballeur, entre le 20 avril, salle Gosselin.

Antécédents : Hernie inguinale gauche opérée en 1890 par M. Berger. Hernie inguinale droite opérée en 1892 par M. Reclus.

Depuis deux ans, le malade, obligé de se tenir constamment debout, éprouve de grandes fatigues, surtout dans la jambe droite.

Etat actuel. — Dilatation cylindrique de la saphène droite dans toute son étendue; insuffisance valvulaire. Du côté gauche, dilatation cylindrique de la saphène, sauf dans le tiers inférieur de la jambe où existe la dilatation serpentine et ampullaire. Insuffisance valvulaire.

Opération : A gauche, résection et double ligature de la saphène en deux points : à droite, même opération; de plus, à la jambe, excision d'un lambeau cutané de 23 centimètres sur 6, commençant à deux travers de doigt au dessous du genou et allant jusqu'à 5 centimètres des malléoles. La réunion des bords de la plaie peut se faire; mais, comme il y a un certain degré de cyanose du pied, M. Schwartz fait en arrière de la jambe une incision libératrice de 6 centimètres.

Le vingtième jour après l'opération, on enlève les fils, réunion par première intention; sur la plaie formée par l'incision, à la face postérieure du mollet, on fait quelques greffes épidermiques qui réussissent.

Le 5 juin, le malade sort complètement guéri.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

Nous avons vu dans le premier chapitre quelles étaient les indications et les contre-indications de la méthode de l'excision cutanée. Il est maintenant intéressant de voir quels résultats a donnés ce procédé. Disons que dans les vingt observations précédentes, l'intervention a été justifiée cinq fois par des ulcères, cinq fois par la phlébite, une fois par une hémorrhagie par rupture externe ; dans les autres cas, il s'agissait de varices énormes et douloureuses.

Les résultats immédiats sont excellents : nous avons toujours observé, sauf dans un cas, une réunion de la plaie par première intention ; jamais la tension de la peau n'a amené la désunion des bords de l'incision et encore moins de sphacèle épidermique. Il faut noter, cependant quelques petits accidents : dans deux cas (Obs. IX et XIV), il y a eu de l'érythème très étendu dû à une intoxication par l'iodoforme. Un malade

(Obs. XII) a présenté pendant quelques jours une élévation très nette de température que l'état de la plaie n'a pas expliqué. Une autre malade (Obs. II) a eu de la phlébite d'une veine collatérale; mais l'inflammation est restée localisée et a disparu après quelques jours d'enveloppement ouaté. Enfin, dans deux cas, nous avons vu survenir un abcès : dans le premier (Obs. XIII), le lambeau cutané excisé contenait un furoncle qui fut préalablement cautérisé; la désinfection ne fut pas suffisante car il se produisit un abcès, ce qui prolongea d'un mois le séjour du malade à l'hôpital. Dans l'autre cas (Obs. I, phlébite), il y eut à la cuisse, dans la partie supérieure de l'incision, un abcès qui resta localisé et qui retarda la cicatrisation de quelques jours seulement.

Les résultats éloignés sont de beaucoup les plus intéressants à considérer. M. Schwartz nous a donné à ce sujet un certain nombre de renseignements, et, pour notre part, nous avons été assez heureux pour retrouver un bon nombre des malades opérés à l'hôpital Cochin depuis deux ans et nous croyons que ces résultats exposés simplement présentent un certain intérêt.

De nos vingt observations, nous retranchons les deux dernières : ce sont deux malades opérés dans de bonnes conditions mais trop récemment pour que le résultat obtenu soit probant. Sur les dix-huit malades qui restent, nous en avons retrouvé quatorze que nous avons vus pour la plupart ou pour lesquels nous

avons eu des renseignements assez précis pour nous permettre de les comprendre dans notre statistique. Nous avons onze guérisons maintenues jusqu'à ce jour, deux améliorations notables, un insuccès. Voici ce que nous avons constaté pour ces trois derniers cas : 1° (Obs. I) la malade marche facilement mais éprouve le soir, de temps en temps, d'assez vives douleurs au niveau de l'ulcère qui a été enlevé ; 2° (Obs. XV) le malade peut travailler, mais il souffre encore ; 3° (Obs. XIII) les souffrances sont moins fortes, mais il y a un ulcère à la jambe droite depuis quelques mois.

Nous pourrions ajouter à cette liste deux autres résultats opératoires, mais nous n'en avons pas l'observation : il s'agit, dans le premier cas, d'un malade opéré par M. Schwartz l'année dernière, qui s'est fait soigner récemment dans le service de M. le professeur Berger ; la jambe opérée était en bon état et le malade n'accusait aucune douleur. Le second cas est celui d'un malade que ses varices avaient rendu presque infirme et qui fut opéré par M. Rieffel en août 1898 ; cet homme souffre encore, mais il peut travailler.

Dans les cas de guérison, nous avons constaté l'état parfait des cicatrices absolument linéaires, et à la jambe sur laquelle on avait excisé un lambeau cutané, la peau paraissait saine et gardait une certaine contention, moins grande, il est vrai, que celle qu'elle avait acquise après l'opération. Tels sont les résultats cliniques de nos observations.

Il serait désirable de présenter des résultats opéra-

toires plus éloignés, mais nous ne croyons pas avoir fait un travail inutile. Nos observations sont prises dans la clientèle hospitalière et nous estimons que ce n'est pas un mince avantage pour ces malades qui sont obligés de rester debout une grande partie de la journée, d'avoir vu disparaître pour la plupart leurs souffrances et de ne voir plus se reproduire leurs ulcères.

Plusieurs statistiques ont été publiées dans ces dernières années sur les résultats obtenus dans la cure sanglante des varices par la résection étagée de la saphène. Il est difficile de comparer entre elles différentes statistiques, car les malades sont revus à des époques plus ou moins éloignées de l'opération. Mais nous croyons avoir prouvé que la méthode de l'excision cutanée, jointe à la résection étagée de la saphène est une méthode simple, d'une innocuité absolue, dont les résultats sont pour le moins aussi satisfaisants que ceux des autres statistiques.

CONCLUSIONS

I. — Les indications qui justifient le traitement des varices par la méthode de l'excision cutanée sont les mêmes que pour le traitement de la résection étagée, c'est-à-dire la douleur, l'hémorrhagie par rupture externe, la phlébite, l'œdème et l'ulcère.

II. — Une condition supplémentaire s'impose : il faut que la peau de la jambe soit flasque, atone, extensible, d'apparence saine.

III. — La méthode de l'excision cutanée est associée à la résection par étages de la saphène et consiste en la résection d'un lambeau de peau fusiforme, siégeant de préférence à la jambe, et la suture par première intention des bords de la plaie de façon à amener la formation d'un bas élastique naturel.

IV. — Les résultats que nous avons pu vérifier sur

des malades opérés depuis deux ans, nous permettent de dire que la guérison s'est maintenue sauf dans un cas, que la peau a gardé une certaine tension.

Vu : Le Président de la Thèse,

Vu : Le Doyen,

BERGER.

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Archambeaud.* — Thèse de Paris, 1891. De la ligature des veines saphènes dans le traitement des varices et de l'ulcère variqueux.
- Beurnier.* — Les Varices : Bibliothèque Charcot-Debove, 1894.
- Broca.* — Etude clinique sur quelques lésions cutanées des membres variqueux. Th. Paris, 1886.
- Budin.* — Des varices chez la femme enceinte. Th. d'agrégation, 1880.
- Cerné.* — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1890.
- Charrade* — De la ligature et de la résection de la veine saphène interne dans le traitement des varices. Th. Paris, 1893.
- Chipault.* — De la cure radicale des ulcères variqueux. (Médécine mod., 7 juin 1899.)
- Cordebart.* — Traitement des varices et de l'ulcère variqueux par la ligature et la résection de la saphène interne. Th. de Paris, 1897.
- Couderc.* — L'opération de Trendelenburg : Traitement des ulcères variqueux par la résection de la saphène. Th. de Paris, 1898.

- P. Delbet.* — Du rôle de l'insuffisance valvulaire de la saphène interne dans les varices du membre inférieur. Semaine médicale, 13 octobre 1897.
- Delore.* — Traitement des varices par injection iodo-tannique et son mécanisme : Revue de chirurgie, 1894.
- Forgues.* — Nouveau Montpellier médical, 1895.
- Gary.* — Traitement chirurgical des varices. Thèse de Montpellier, 1897.
- Georgevitch.* — Etiologie des varices. Th. Paris, 1895.
- Grosmaire.* — Considérations sur les varices du membre inférieur et leur traitement chirurgical. Thèse de Nancy, 1879.
- Guérileau.* — Étude de la phlébite variqueuse des membres inférieurs et en particulier de son traitement opératoire. Thèse de Paris, 1898.
- Holzmann.* — Ueber die varicen der unteren Extremitäten und ihre operative Behandlung nebst Mitteilung neuen modification der bisherigen Behandlungsmethoden, Th. Strasbourg, 1898.
- Jeanselme.* — Des dermites et de l'éléphantiasis consécutifs aux ulcérations et à l'eczéma des membres variqueux. Th. Paris, 1888.
- Le Dentu.* — Circulation veineuse du pied et de la jambe. Th. Paris, 1867.
- Longuet et Balthazard.* — Thrombo-phlébite variqueuse de la saphène externe, traitement par la phlébectomie. Presse médicale, 7 décembre 1898.
- Montaz.* — Dauphiné médical. Cure radicale des varices, 1891.
- Moreschi.* — Clinica chirurgica, 1899, 28 février.

Quénu. — Revue de chirurgie, 1882, 1888. Bulletin de la Société de chirurgie, 1888, 1891, 1896. Gazette des hôpitaux, 1892. Traité de chirurgie, 2^e édition, 1898.

Rémy. — Gazette des hôpitaux, 1892. Bulletin général de thérapeutique, 15 janvier 1895, 1897. Congrès de chirurgie, 1898.

Ricard. — Gazette des hôpitaux, 1890. Traité de thérapeutique appliquée, t. XI.

Robineau. — Traitement chirurgical des phlébites. Th. Paris. 1898.

Schwartz. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique (art. varices), 1885. Traité de chirurgie, 1894. Presse médicale, 7 septembre 1898. Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1888, 1893, 14 janvier 1899. Bulletin de la Société de chirurgie. Congrès de chirurgie, 1898.

Tillaux. — Traitement chirurgical des varices. Tribune médicale, 15 février 1894.

Trendelenburg. — Ueber die unterbindung der vena saphena magna bei unterschenkelvaricen. Beiträge zur Klin. chir., Bd VIII, 1890.

Verneuil. — Du siège réel et primitif des varices. Gazette médicale de Paris, 1855.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE I. — Parag. I. — Indications opératoires..	8
— — II. — L'état de la peau.....	21
— — III. — Contre-indications.....	25
CHAPITRE II. — Parag. I. — Le traitement chirurgical des varicespendant ces dernières années.....	31
— — II. — L'excision cutanée.....	38
CHAPITRE III. — <i>Observations</i>	45
CHAPITRE IV. — <i>Résultats</i>	69
CONCLUSIONS	73
BIBLIOGRAPHIE	75

